

‘Evidence-based mental health’: toetssteen of leermethode in verslavingszorg?

Cor de Jong*

‘Evidence-based medicine’ (EBM) is de afgelopen jaren belangrijk geworden in de Nederlandse verslavingszorg. Het is een op het eerste gehoor voor zich sprekende term: geneeskunde gebaseerd op wetenschappelijke evidentie. De suggestie zou gewekt kunnen worden dat het om het intrappen van een open deur gaat. Want wie durft er te beweren dat hij of zij geneeskunde, psychologie of verpleegkunde bedrijft die niet op wetenschappelijke evidentie is gebaseerd? Tegelijkertijd lijkt EBM een meer negatieve connotatie te krijgen, namelijk als toetssteen om een waardeoordeel te vullen over het doen en laten van professionals in de verslavingszorg. Wie niet ‘evidence-based’ werkt, moet op zijn minst bijgeschoold worden in het vak of dient het vak te verlaten. Wat ‘evidence-based’-werken inhoudt, blijft in de discussies echter vaak onbesproken.

Volgens de ontwerpers van EBM is het een leermethode die ertoe leidt dat het beste wetenschappelijke bewijs wordt gekoppeld aan de expertise van de professional en de voorkeuren van patiënten. Met EBM stel je jezelf als professional op de hoogte van actuele kennis en daardoor blijf je ook competent in je vak. De beoefenaar van EBM doet dat door effectieve, efficiënte en praktische vaardigheden te ontwikkelen waarmee je een levenslange, op problemen georiënteerde, zelfsturende manier van leren hanteert, liefst in kleine groepen.

In elke instelling zijn er problemen over het invoeren en toepassen van richtlijnen. De richtlijn geldt voor de gemiddelde patiënt, en de dokter, psycholoog of verpleegkundige ontmoet individuele patiënten. Dus wat moet hij met een richtlijn? Niet gebruiken, is nogal eens het antwoord. De methode van EBM leent zich er juist voor om een ge-nuanceerder beeld te geven van het toepassen van richtlijnen, en het

* Prof. dr. C. de Jong is eerste geneeskundige bij Novadic-Kentron, hoogleraar verslaving en verslavingszorg bij de Radboud Universiteit te Nijmegen en wetenschappelijk directeur van het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction. E-mail: cor.de.jong@novadic-kentron.nl, c.dejong@acsw.ru.nl.

frequenter toepassen ervan te bevorderen. Anders gezegd: als je afwijkt van een richtlijn, doe je dat op basis van wetenschappelijke argumenten, die je hebt ontleend aan de door de via EBM geleerde zoek- en beoordelingsmethode van de meest recente literatuur.

EBM als leermethode moet je leren. Een clinicus die EBM bedrijft, heeft zich dan ook een aantal vaardigheden eigen gemaakt voor het oplossen van problemen in de behandeling van de individuele patiënt. De complexe en weerbarstige praktijk maakt dat de clinicus beter omschreven kan worden als een onzekerheidsdeskundige, dan als een toegegewijde volger van richtlijnen of uitvoerder van protocollen. Hij kan bij moeilijke situaties in de praktijk die niet direct binnen richtlijnen vallen, de problemen snel vertalen in voor de individuele patiënt relevante vragen. Deze vragen beantwoordt de clinicus zelf, omdat hij vaardigheden heeft ontwikkeld in het snel zoeken naar evidentie in de literatuur. De clinicus is in staat de bestaande literatuur te beoordelen en op waarde te schatten.

De aldus opgedane kennis wordt niet alleen gebruikt voor de individuele patiënt, maar de clinicus heeft ook geleerd om via mondelinge of schriftelijke presentatie het geleerde aan collega's over te dragen. Deze vaardigheid krijgt vorm in bijeenkomsten van clinici, die zichzelf vragen stellen en proberen antwoorden te vinden door kritische literatuurbeschouwing. Vanzelfsprekend evalueert de clinicus zijn EBM-werkmethode en die van de groep waarvan hij deel uitmaakt. Ten slotte leert de clinicus ook nog plezier te beleven aan deze manier van werken. Deze vaardigheden maak je je als clinicus niet zomaar vanzelf eigen; daar is een goede opleiding voor nodig, zo leert de ervaring binnen de in NISPA samenwerkende instellingen.

Wat moeten we met EBM in de Nederlandse en Vlaamse verslavingszorg? We kunnen wachten tot er een nieuwe generatie professionals is opgeleid aan universiteiten, die deze methode ongetwijfeld gaat inbouwen in het curriculum. Dan zijn we een jaar of tien verder. Of we kunnen EBM overlaten aan de opinieleiders, die aangeven wat volgens de wetenschap geldt als de 'standaard' en die is neergelegd in richtlijnen. Het is niet denkbeeldig dat als we nog langer wachten, beleidsmakers of zorgverzekeraars gaan voorschrijven wat wel en niet gedaan mag worden. Of dat er weer een nieuw kwaliteitssysteem ingevoerd wordt, om mee te controleren of die vermaledijde professionals het wel goed doen. Terzijde kan opgemerkt worden dat het steeds maar weer verfijnen van dergelijke systemen op den duur ongetwijfeld leidt tot een vorm van 'kwalicide'.

Samenvattend: de zittende en zich tegen richtlijnen verzettende professionals zullen de komende jaren in toenemende mate worden be-

kritiseerd door managers of beleidsmaker, opinieleiders, cliënten en door jonge collegae. Met de EBM-leermethode kan zeker een deel van deze groep van professionals gewonnen worden voor het op peil houden van kennis en daaraan gekoppelde kunde. Invoeren van ‘evidence-based addiction medicine’, ‘evidence-based addiction psychology’ of ‘evidence-based addiction nursing’ is geen sinecure, maar kan er wel voor zorgen dat de professionals weer ‘de voet aan de bal’ krijgen. Wat zou er concreet moeten gebeuren? In Nederland en België zorgen de instellingen voor betrouwbare, goed toegankelijke bronnen waarin de clinicus de evidentie snel tot zijn beschikking kan krijgen. Professionals beschikken over computers waarmee ze toegang hebben tot die informatiebronnen. De zorgsector zorgt voor goed opgeleide docenten, die de kennis en kunde van EBM in de eigen instellingen kunnen overdragen. Professionals in verschillende beroepsgroepen zorgen ervoor dat ze opgeleid worden in de EBM-methode en stimuleren elkaar tot intercollegiaal overleg, gebaseerd op de methode van EBM.